



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, vertegenwoordigd door mevrouw mr. A.M. Mingels te Amsterdam

Zaak : Hulpmiddelenzorg, high-frequency chest wall oscillation (HFCWO), The Vest, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202002290

Zittingsdatum : 26 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door mevrouw mr. A.M. Mingels te Amsterdam.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 november 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van dit e-mailbericht is op 18 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 18 januari 2021 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief gevraagd een voorlopig advies uit te brengen.
- 2.4. Verzoekster heeft de commissie op 2 februari 2021, 12 februari 2021, 25 februari 2021 en 4 maart 2021 aanvullende informatie doen toekomen. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Op 4 maart 2021 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2021002109) aan de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar te vragen zijn standpunt ten aanzien van de stand van de wetenschap en praktijk nader te onderbouwen. Dit omdat niet duidelijk is of de update van het literatuuronderzoek dat de ziektekostenverzekeraar heeft uitgevoerd volledig is. Een kopie van het advies is op 10 maart 2021 aan partijen gestuurd, waarbij de ziektekostenverzekeraar om een nadere onderbouwing is verzocht.
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 maart 2021 per brief op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie hiervan is aan verzoekster gestuurd, waarna zij op 27 maart 2021 per brief heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarna laatstgenoemde op 1 april 2021 per brief heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.7. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 mei 2021 gehoord.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting, alsmede de reacties van partijen van 2 februari 2021, 12 februari 2021, 25 februari 2021, 4 maart 2021, 18 maart 2021, 27 maart 2021 en 1 april 2021, zijn op 31 mei 2021 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een hernieuwd advies uit te brengen.
Op 25 juni 2021 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 29 juni 2021 aan partijen gestuurd. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op het desbetreffende advies te reageren. Op 1 juli 2021 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid

gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 2.9. De reactie van verzoekster van 1 juli 2021 is op 16 juli 2021 in afschrift aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag of dit stuk aanleiding geeft het advies van 25 juni 2021 aan te passen. Hierop heeft het Zorginstituut op 2 september 2021 per brief nadere opmerkingen gemaakt, maar het definitieve advies van 25 juni 2021 gehandhaafd. Een kopie hiervan is op 6 september 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 13 september 2021 per brief van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Werkt Goed en VGZ Werkt Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster lijdt aan cystic fibrosis. Voor de behandeling van deze aandoening heeft zij de ziektekostenverzekeraar in 2018 gevraagd het hulpmiddel The Vest te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan. Dit omdat The Vest op dat moment niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk en om die reden niet tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoorde.
- 3.3. Op 12 augustus 2020 heeft de commissie in het door de afwijzing gerezen geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar een bindend advies (Bindend advies GcZ, 17 augustus 2020, SKGZ201902445) uitgebracht. Nadien hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar veelvuldig met elkaar gecommuniceerd over de afwikkeling van dit bindend advies.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar in 2020 opnieuw gevraagd de kosten van het hulpmiddel The Vest te vergoeden, desnoods op basis van coulance. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 21 augustus 2020 per brief geantwoord dat de kosten van The Vest niet worden vergoed, ook niet op basis van coulance.
- 3.5. Op 18 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing om The Vest niet te vergoeden handhaaft. Op 22 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster per brief meegedeeld dat geen vergoeding op basis van coulance zal plaatsvinden.
- 3.6. Op 4 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
- "Niet duidelijk is of de update van het literatuuronderzoek, die verweerder heeft uitgevoerd, volledig is. Daarom kan het Zorginstituut niet beoordelen of het zich kan vinden in de conclusie van verweerder, dat HFCWO bij CF (nog steeds) niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In eerste instantie is het aan verweerder om te beoordelen of HFCWO bij CF voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen."*
- 3.7. Op 25 juni 2021 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:
- "Verweerder heeft blijkens de voorliggende informatie met adequate zoekwoorden een literatuur search in PubMed gedaan op 25-11-2019 en een search in de Cochrane database van*

systematische reviews op 29 november 2019. Op 25 november 2020 heeft verweerder een update van deze literatuur search gedaan in PubMed en de Cochrane database.

In juni 2021 heeft het Zorginstituut de literatuur search herhaald, gebruikmakend van de volgende zoektermen: ("Chest Wall Oscillation"[Mesh] OR "high-frequency chest-wall compression"[tiab] OR HFCWC[tiab] OR "High-frequency chest wall oscillation"[tiab] OR HFCWO[tiab] OR (chest[tiab] AND wall[tiab] AND (compression[tiab] OR oscillation[tiab])) OR vest[tiab]) AND (cystic fibrosis[tiab] OR "Cystic Fibrosis"[Mesh]).

Hieruit kwamen dezelfde studies als die door verweerder werden gevonden.

Inhoudelijk leiden deze niet tot andere uitkomst. Het Zorginstituut kan zich vinden in de conclusie van verweerder dat the Vest bij cystic fibrosis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de Zvw.

(...)

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het Zorginstituut zich kan vinden in de conclusie van verweerder dat the Vest bij Cystic Fibrosis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de Zvw."

3.8. Op 2 september 2021 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Uit de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het definitief advies te herzien. Wel wil het Zorginstituut naar aanleiding van hetgeen gemachtigde van verzoekster schrijft het volgende opmerken.

(...)

The Vest en InCourage systeem

Bij literatuursearch ten behoeve van het bepalen van de stand van de wetenschap en praktijk van hulpmiddelen zorg maakt het Zorginstituut gebruik van overkoepelende termen c.q. de generieke benamingen van het hulpmiddel (in dit geval apparatuur voor high frequency chest wall oscillation) en niet specifiek één merk. Weliswaar kunnen hulpmiddelen binnen deze overkoepelende term onderling in meer of mindere mate verschillen, zoals gemachtigde aangeeft, maar bij het zoeken op de generieke benaming/overkoepelende term mag verwacht worden dat de relevante artikelen, ook over hulpmiddelen van specifieke merken (in dit geval The Vest), naar boven komen.

(...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar

(i) de afspraken zoals verwoord in het eerdere bindend advies (Bindend advies GcZ, 17 augustus 2020, SKGZ201902445) moet nakomen, en

(ii) is gehouden aan haar het hulpmiddel The Vest te verstrekken, eventueel uit coulance.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie merkt allereerst op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 1 april 2021 bezwaar maakt tegen het feit dat verzoekster op 27 maart 2021 heeft gereageerd op zijn reactie van 18 maart 2021. Omdat de schriftelijke behandeling reeds was gesloten dient deze reactie naar de mening van de ziektekostenverzekeraar buiten beschouwing te worden gelaten. De commissie gaat hieraan voorbij, omdat zij van oordeel is dat de ziektekostenverzekeraar door het toelaten van deze stukken niet in zijn verdediging wordt geschaad. Daarbij overweegt de commissie dat als de stukken niet worden toegelaten, verzoekster dezelfde argumenten tijdens de hoorzitting naar voren zou kunnen brengen.

Nakoming bindend advies GcZ, 17 augustus 2020, SKGZ201902445

- 6.3. De commissie heeft op 17 augustus 2020, in het eerder gerezen geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar over The Vest, een bindend advies uitgebracht. In dit advies is, kort gezegd, vastgelegd dat verzoekster binnen een termijn van 21 dagen na de hoorzitting inzage krijgt in haar dossier bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft in het onderhavige dossier de commissie meerdere stukken doen toekomen waaruit blijkt dat zij van mening is dat de ziektekostenverzekeraar de in het bindend advies opgenomen afspraken niet is nagekomen. De commissie merkt hierover op dat de eerdere procedure is geëindigd met het uitbrengen van het bindend advies. Voor zover verzoekster meent dat dit bindend advies door de ziektekostenverzekeraar niet is nagekomen zal zij zich hiervoor tot de bevoegde rechter moeten wenden. Gelet op artikel 114 Zvw en artikel 3, eerste lid, van het reglement van de commissie, is zij niet bevoegd hierover te oordelen of nakoming van het door haar gegeven bindend advies af te dwingen.

Aanvraag The Vest in 2020

- 6.4. Verzoekster erkent dat het Zorginstituut in 2016 heeft geconcludeerd dat The Vest niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Inmiddels zijn er jaren verstreken en heeft de ontwikkeling niet stilgestaan. Verzoekster leest het advies van het Zorginstituut zo dat als er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is er moet worden gekeken naar wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde zorg. Dit laatste is in het geval van The Vest aan de orde, omdat er nooit voldoende wetenschappelijk bewijs aanwezig zal zijn. Om die reden moet worden gekeken naar relevante (internationale) richtlijnen. De conclusie van deze richtlijnen is steeds dezelfde, namelijk dat er geen bewijs is dat de ene ACT (luchtwegklaring) beter is dan de andere. The Vest voldoet aan de richtlijn dat high-frequency chest wall oscillation (HFCWO) in het betrokken vakgebied wereldwijd geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Per individu moet daarbij worden bekeken welke therapie of behandeling werkt. Het is een kwestie van proberen. Als wereldwijd wordt gekeken naar het meest gebruikte apparaat dan is dat HFCWO. Het is dan opmerkelijk te noemen dat HFCWO in Nederland geen verzekerde zorg is, terwijl andere hulpmiddelen - zoals de flutter en het pepmasker - wel effectief zouden zijn. Verder geldt dat de kosten voor het gebruik van The Vest gedurende vijf jaar totaal € 12.376,-- bedragen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geadviseerd het middel Orkambi® te gebruiken. Afgezien van het feit dat dit middel voor verzoekster ongeschikt is, bedragen de kosten van Orkambi® over dezelfde periode van vijf jaren ongeveer € 850.000,--. Het gebruik van The Vest is dus stukken goedkoper.

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat (de rechtsvoorgangers van) het Zorginstituut eerder hebben geconcludeerd dat de meerwaarde van de toepassing van HFCWO met een apparaat voor luchtwegklaring, zoals The Vest, ten opzichte van andere apparatuur voor sputumklaring niet is aangetoond. In vervolg op het advies van het Zorginstituut van 4 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zelf een literatuuronderzoek gedaan en ook hieruit volgt dat The Vest niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering.
Voor zover verzoekster stelt dat moet worden gekeken naar (internationale) richtlijnen geldt dat het tweede onderdeel van artikel 2.1 Bzv alleen betrekking heeft op onderdelen van de zorg waarvoor minder onderzoek noodzakelijk is, zoals ziekenvervoer of hoortoestellen. Bij iedere behandeling dient uiteraard een afweging te worden gemaakt welke behandeling het beste is voor de patiënt, maar dit betekent nog niet dat de betreffende behandeling ook wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering
Voor zover verzoekster vraagt een coulancevergoeding toe te kennen ziet de ziektekostenverzekeraar, vanwege de precedentwerking, hiertoe geen aanleiding.
- 6.6. De commissie overweegt het volgende.
Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet de commissie beoordelen of toepassing van HFCWO met een apparaat voor luchtwegklaring, zoals The Vest, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt bij haar beoordeling het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.
- 6.7. Met de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke gradometers. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.8. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten ‘evidence based medicine’ het leidende principe. Als uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten (de ‘goudenstandaardbehandeling’), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op ‘evidence’ van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.9. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.10. Het Zorginstituut heeft de commissie in zijn voorlopig advies gevraagd de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt dat The Vest niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk nader te laten onderbouwen. Op 18 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie per brief meer informatie gestuurd. In vervolg hierop heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies van 25 juni 2021 verklaard dat The Vest momenteel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee (nog) geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is. Op 2 september 2021 heeft het Zorginstituut dit standpunt bevestigd. Hierbij is door het Zorginstituut ook ingegaan op hetgeen verzoekster naar aanleiding van het advies van 25 juni 2021 naar voren heeft gebracht. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt de conclusie hiervan over. Dit betekent dat, nu The Vest geen verzekerde prestatie is, de

ziektekostenverzekeraar niet is gehouden dit hulpmiddel te verstrekken op grond van de zorgverzekering.

Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ten aanzien van de hogere kosten van het geneesmiddel Orkambi® kan niet leiden tot een andere uitkomst, was het slechts omdat dit geneesmiddel, naar zij heeft betoogd, haar niet zal baten. Hetzelfde geldt voor haar stelling dat een andere zorgverzekeraar de kosten van The Vest wel vergoedt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de onderliggende regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan deze regelgeving hen toestaat.

- 6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor HFCWO met een apparaat voor luchtwegklaring zoals The Vest. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.

Coulance

- 6.12. Coulance is handelen uit welwillendheid, dus zonder dat het juridisch verplicht is. In het algemeen gaat het om zeer bijzondere omstandigheden of een samenloop van allerhande factoren in de specifieke situatie van de consument. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden. De commissie kan slechts een vergoeding toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 oktober 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Artikel 37. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 38. Verblijf

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 15.1), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 32 en artikel 33) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 14, Verpleging en verzorging.

Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.